

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Factores sociodemográficos relacionados com
declínio cognitivo e ansiedade em idosos

IMAGEM

Fátima Sofia Lopes Ferreira

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Ramo Psicoterapia e
Psicologia Clínica, apresentada ao ISMT e elaborada sob orientação da
Prof. Doutora Helena Espírito-Santo.

Coimbra, 2011



Factores sociodemográficos relacionados com declínio cognitivo e ansiedade em idosos

Fátima Sofia Lopes Ferreira

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Orientadora: Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Setembro 2011

Agradecimentos

Esta investigação é o culminar de uma etapa... Uma entre outras que se irão suceder, mas que nunca teria existido sem o apoio de muitos...

Quero fazer um agradecimento muito especial à Professora Doutora Helena Espírito Santo, orientadora da dissertação, pela paciência, dedicação, compreensão, atenção, profissionalismo, disponibilidade e sobretudo pelo saber, que me permitiu desenvolver capacidades e consolidar conhecimentos, sem a sua ajuda nada disto seria possível, um muito obrigado imensamente especial. Um muito obrigado a todos os professores e colegas que participaram com afecto neste projecto, em particular à Joana Matreno e ao Miguel Nogueira que ajudou a criar a base de dados, e a inserir os dados. Aos meus colegas de orientação de mestrado, pela excelente equipa de trabalho que conseguimos formar. A todas as instituições que possibilitaram a realização desta investigação, bem como a todos os idosos que voluntariamente nela participaram.

À minha família, aos meus pais e irmã, especialmente à minha mãe que me ajudou e possibilitou a concretização de mais esta etapa.

Aos meus avós que estejam onde estiverem, estão felizes e orgulhosos, tiveram sempre uma palavra de incentivo, para me dar ao longo da vida e agora chegou a minha vez de agradecer todo esse carinho, o meu “Muito obrigada”.

Ao meu amigo João Igor pela magnífica foto, que tive o privilégio de ter presente neste trabalho.

A todos os que não nomeio, mas sei que sabem quem são, que me apoiaram sempre, fica também expresso o meu eterno agradecimento.

E por fim, mas não menos importante, ao meu namorado, pela certeza que eu ia conseguir, pelo incentivo e apoio constante.

"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry “O Principezinho”

Muito obrigada a todos!

"Acho que damos pouca atenção àquilo que efectivamente decide tudo na nossa vida, ao órgão que levamos dentro da cabeça: o cérebro. Tudo quanto estamos por aqui a dizer é um produto dos poderes ou das capacidades do cérebro: a linguagem, o vocabulário mais ou menos extenso, mais ou menos rico, mais ou menos expressivo, as crenças, os amores, os ódios, Deus e o diabo, tudo está dentro da nossa cabeça. Fora da nossa cabeça não há nada."

José Saramago (2008)

Resumo

Contexto: Algumas investigações apontam os sintomas ansiosos como uma dificuldade frequente nos idosos que contribui para o declínio cognitivo. Pouco se sabe em Portugal sobre quais os factores que contribuem para o declínio cognitivo.

Objectivos: Pretendemos verificar qual o papel das variáveis demográficas e dos sintomas ansiosos no declínio cognitivo.

Metodologia: A amostra é representada por 300 idosos, dos quais 23,3% são homens e 76,7% são mulheres. Esta amostra foi dividida em dois grupos: idosos sem declínio ($n = 52$), e idosos com declínio ($n = 248$). Na recolha de dados utilizámos o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para avaliar o grau de declínio dos idosos e aplicámos o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) para avaliar a intensidade dos sintomas ansiosos. Por fim, com a intenção de controlar a presença de simulação, empregámos o *Rey-15 Item Test*.

Resultados: A média do declínio cognitivo é superior às pontuações de referência, assim como a média dos sintomas ansiosos. O declínio cognitivo é afectado pela idade, tendo os idosos mais velhos resultados inferiores, ou seja, quanto maior a idade menor o declínio. O género e o estado civil não influenciaram nenhuma das medidas. Os idosos com declínio cognitivo grave apresentam, maior índice de sintomas ansiosos. Os idosos que não possuem nenhuma escolaridade (analfabetos) e com escolaridade inferior a quatro anos apresentam, significativamente, mais sintomas ansiosos e maior declínio cognitivo. As variáveis sociodemográficas demonstraram ter influência no defeito cognitivo. Os idosos mais novos, aparentemente são menos vulneráveis ao declínio cognitivo quando têm sintomas ansiosos.

Conclusão: Os idosos desta amostra têm, na sua grande maioria declínio cognitivo e sintomas ansiosos. Impõe-se, assim, que se implementem estratégias de intervenção terapêutica e de reabilitação cognitiva em idosos sob resposta social com baixa escolaridade.

Palavras-chave: declínio cognitivo, sintomas ansiosos, baixa escolaridade, idosos

Abstract

Background: A few studies claim anxiety symptoms are a frequent difficulty in the elderly that contribute to cognitive decline. Little is known in Portugal about which factors contribute to cognitive decline.

Objectives: We intend to verify the role of demographic variables and anxiety symptoms on cognitive decline.

Methodology: The sample is represented by 300 seniors, of whom 23.3% were men and 76.7% are women. This sample was divided into two groups: the elderly with no cognitive decline ($n = 52$), and the elderly with cognitive decline ($n = 248$).

We used MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) to assess the degree of decline of the elderly and to assess the severity of symptoms in elderly patients with anxiety disorder we used *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI). Finally, in order to control the presence of simulation in this investigation we employed the *Rey-15 Item Test*.

Results: The average of cognitive decline was higher than reference values, as so the average of anxiety symptoms. Cognitive decline is affected by age, with the eldest having inferior results, therefore, bigger the age, lower the cognitive decline. Gender and marital status did not have any influence in the results. Older people with higher cognitive decline have a higher rate of severe anxiety symptoms. Elderly people who are illiterate, or had schooling less than four years, have significantly more anxiety symptoms and greater cognitive decline. The sociodemographic variables demonstrated to influence the cognitive defect. Apparently the younger elders are less vulnerable to cognitive decline when they present anxiety symptoms.

Conclusion: The majority of the elderly of this sample have cognitive decline and anxiety symptoms. There is the need to implement therapeutic intervention strategies and cognitive rehabilitation in the elderly with low education and in social response.

Keywords: cognitive decline, anxiety symptoms, low education, elderly

Introdução

Actualmente existem muitas teorias acerca do envelhecimento e esse número continua a aumentar. Este facto é perfeitamente natural devido ao rápido desenvolvimento de técnicas, abordagens e métodos de investigação a nível biológico (Medvedev, 1990). Segundo Harman (2003), o envelhecimento é a acumulação de mudanças que aumentam o risco de morte. As mudanças do envelhecimento podem ser atribuídas ao desenvolvimento, a defeitos genéticos, ao ambiente, a doenças ou ao processo natural do envelhecimento. O envelhecimento é o factor de maior risco para o desenvolvimento de doenças e morte depois dos 28 anos, em particular para a neurodegeneração cerebral e declínio cognitivo (Bishop, Lu, & Yankner, 2010). É importante salientar que o envelhecimento não é uma doença (Tosato, Zamboni, Ferrini, & Cesari, 2007), no entanto podem estar-lhe associadas demência e incapacidade cognitiva severa. Quanto mais tempo se vive, mais provável será sofreremos destas condições (Brayne, Gao, Dewey, & Matthews, 2006).

O aumento da idade traz também o aumento das doenças, contudo as perdas a nível físico e mental não são necessariamente companheiras do envelhecimento (Pombo & Couvaneiro, 2006). A saúde e a doença nos idosos são fenómenos clínicos que estão dependentes de factores económicos, sociais e sociodemográficos (Russo, 2008). O processo de envelhecimento é seguido de declínio em determinadas habilidades cognitivas, como a memória episódica e as funções executivas, todavia, apenas em certas pessoas, o declínio cognitivo evolui para demência. O idoso que mostre alguma perda relativamente a memória, mesmo que não patológico em questão, pode queixar-se da memória com maior frequência (Paulo & Yassuda, 2010). O declínio leve consiste num estado de transição entre o declínio de memória provocado pela idade e a demência (Devier et al., 2009; Petersen, 2000). À medida que o declínio progride em direcção à demência, aumenta a prevalência de perturbações psiquiátricas (Lyketsos et al., 2000).

O declínio cognitivo é muito comum nos idosos e muitas vezes acompanhado por sintomas psiquiátricos. Conhecer as causas de ansiedade nos idosos, é muitas vezes,

uma forma de se detectar um problema de ansiedade. Entre as causas tem-se desde os eventos de stress da vida, à doença médica, à medicação, aos distúrbios de ansiedade específicos e aos factores de ansiedade que não se enquadram em nenhum dos critérios anteriores (Alwahhabi, 2003). Nos idosos, são frequentes os sentimentos de solidão e a preocupação com a saúde e com as suas limitações. A redução das suas capacidades funcionais e sensoriais, que se associam aos sentimentos de isolamento e solidão, acarretam com frequência sintomas ansiosos (Alwahhabi, 2003; Montorio, Nuevo, Marquez, Izal, & Losada, 2003). Os distúrbios de ansiedade de acordo com alguns estudos são menos comuns nos idosos do que em adultos jovens, mas comuns em ambos (Flint, 1994; Gellis & McCracken, 2008; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Segundo outros, a ansiedade é tão comum nos idosos como nos jovens, embora como e quando apareça seja diferente em adultos mais velhos. (Mitte, 2005). A maioria dos distúrbios primários de ansiedade que são detectados na velhice permaneceu desde a juventude (Flint, 1994). Estes distúrbios, tendem a ser crónicos, com sintomas contínuos ou periódicos (Antony & Swinson, 1996). Os distúrbios de ansiedade têm o seu pico no início da idade adulta e a sua prevalência e incidência diminuem na vida posterior (Chen, Borson, & Scanlan, 2000; Flint, 1997; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Os distúrbios de ansiedade são tão frequentes em idosos saudáveis, como idosos com demência (Forsell & Winblad, 1997). Quando o idoso tem demência, a ansiedade é muitas vezes expressa como agitação, podendo ter um efeito negativo bastante significativo, tanto no paciente, como nos seus cuidadores (Kraus et al., 2008; Shankar & Orrell, 2000). Devido à sua natureza privada (Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008) e à associação com declínio (Wolitzky-Taylor et al., 2010), nem sempre é fácil avaliar os sintomas ansiosos em idosos.

A relação entre declínio cognitivo e os factores sociodemográficos está documentada. Segundo Petersen e colaboradores (2010) a prevalência de declínio cognitivo leve aumenta com a idade e é mais frequente no sexo masculino, por outro lado e de acordo com outros estudos (Gournas, Madianos, & Stefanis, 1992; Richmond, Law, & Kay-Lambkin, 2011), a prevalência é maior nas mulheres, as quando se trata de declínio cognitivo severo, a frequência de ambos foi aproximada. Segundo Petersen

e colaboradores (2010) a prevalência do declínio cognitivo é maior em indivíduos que nunca casaram (solteiros, viúvos e divorciados) e diminui com o maior grau de escolaridade, a elevada prevalência de declínio cognitivo leve nas mulheres pode indicar que as mulheres transitam de um estado cognitivo normal, directamente para demência numa idade mais avançada de idade e mais rapidamente. Alguns estudos afirmam que os indivíduos com maior escolaridade estão mais protegidos de quadros de demência embora não se prove uma relação entre educação e demência, para além disso é indicado que um maior grau de escolaridade entre pacientes com declínio cognitivo significa um melhor funcionamento (Scarmeas & Stern, 2004). Um maior nível de escolaridade mostra ser um factor protector do cérebro relativamente ao envelhecimento normal, para além disso permite uma melhor adaptação às mudanças cerebrais inerentes ao envelhecimento normal (Scarmeas & Stern, 2004). Entre os factores relacionados com o declínio cognitivo temos ainda o tipo de resposta social. Segundo Wilson e colaboradores (2007), o processo de institucionalização do idoso em lares está associado com a aceleração do declínio cognitivo, essa associação diminui se houver uma frequência prévia em centros de dia. Jagger e Lindesay (1997) efectuaram uma pesquisa onde verificaram que a maior predominância de indivíduos com declínio cognitivo está institucionalizada em lares.

Objectivos

A literatura consultada nesta investigação foi diversa, vários autores chegaram à mesma conclusão. Alguns desses autores afirmam que a idade tem influência no declínio cognitivo o que não se verifica em relação aos sintomas ansiosos, por outro lado existem outros estudos que apontam que os sintomas ansiosos e o declínio cognitivo são influenciados pela escolaridade.

Assim, esta investigação tem como objectivos:

1. Conhecer a prevalência dos sintomas ansiosos e do declínio cognitivo;
2. Averiguar a diferença nos sintomas ansiosos e no declínio entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas;

3. Verificar a relação entre sintomas ansiosos e declínio cognitivo e verificar se ela difere consoante os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas;
4. Finalmente, analisar qual o impacto dos sintomas ansiosos sobre o declínio cognitivo.

Materiais e métodos

Delineamento e Procedimentos

Este estudo fez parte do coorte I de um projecto de Investigação baseado na população, o *Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*. O objectivo principal do coorte I consistia no rastreio cognitivo e na avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra.

O universo de pessoas inclui 1.914 sujeitos de idades compreendidas entre os 36 e os 100 anos. A recolha de dados foi realizada somente após o contacto e estabelecimento de parcerias com as instituições¹. A recolha de dados foi realizada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano de licenciatura, estudantes do 1º ano de mestrado, e estudantes do 2º ano de mestrado em psicologia)², supervisionada por chefes de equipa e coordenadas por um investigador sénior. Os idosos voluntários foram sujeitos³ a uma bateria de testes dividida em duas/três sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na 1ª sessão foram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano com uma duração de cerca de 60 minutos, incluía o MoCA, a *Figura Complexa de Rey*, três testes de Fluência Verbal, teste *Stroop*, *Rey-15 Item* e *Teste do troco e do dinheiro*. As duas primeiras sessões foram acompanhadas por um mestrando que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros. A 3ª sessão foi administrada por um mestrando do 2º ano. Na 3ª

¹ As instituições foram contactadas previamente à realização da recolha de dados via postal, com a descrição detalhada do estudo

² Os estudantes referidos receberam acções de formação e treino prático na administração dos testes.

³ Após consentimento do idoso ou de uma pessoa responsável por o mesmo

sessão, administrada pelos mestrandos foram aplicados o FAB aos idosos e o IQCODE, NPIQ. Os testes utilizados neste estudo foram o MoCA, GAI e *Rey-15*.

As avaliações tiveram início em Novembro de 2010. Em Maio de 2011, a taxa de recolha foi de 26,6%, com 509 idosos avaliados e uma taxa de resposta de 22,7%.

Participantes

Dentro da população disponível foram avaliados 509 idosos em que 127 (25%) eram homens e 382 (75%) mulheres até Maio 2011. Dentro destes, foram excluídos desta amostra 42 indivíduos com menos de 65 anos, foram também excluídos 167 indivíduos porque até à data não tinham respondido a MoCA e GAI, assim foram retirados um total de 209 indivíduos. Assim, a amostra final é representada por 300 idosos, dos quais 70 (23,3%) são homens e 230 (76,7%) são mulheres. A média total de idades destes idosos é de 80,10 anos ($DP = 6,66$), sendo o intervalo de idades definido entre 65 a 100 anos. Dentro desta amostra, sete idosos não souberam dizer a sua idade.

Quadro 1*Características Sociodemográficas de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social da Zona de Coimbra.*

	Total (N = 300)				Com declínio (n = 248)				Sem declínio (n = 52)				<i>t/X²</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade			80,09	6,66			80,63	6,52			77,56	6,74	206,04 [†]	6,65
Género													85,33*	0,42
Masculino	70	23,3			56	22,6			14	26,9			— ^a	
Feminino	230	76,7			192	77,4			38	73,1			— ^a	
Estado Civil*													198,35*	0,00
Solteiro(a)	40	13,3			29	11,7			11	21,2			— ^a	
Casado(a)	58	19,3			44	17,7			14	26,9			— ^a	
Divorciado(a)/separado(a)	23	7,7			16	6,5			7	13,5			— ^a	
Viúvo(a)	178	59,3			158	63,7			20	38,5			— ^a	
Escolaridade[§]													— ^a	
Analfabeto	135	45,0			127	51,2			8	15,4			— ^a	
≤ 4 anos escolaridade	120	40,0			96	38,7			24	46,2			— ^a	
> 4 anos escolaridade	45	15,0			25	10,1			20	38,5			— ^a	
Resposta Social													298,21*	0,00
Centro de convívio	10	3,3			5	2,0			5	9,6			— ^a	
Centro de dia	193	64,3			161	64,9			32	61,5			— ^a	
Centro de noite	11	3,7			8	3,2			3	5,8			— ^a	
Lar de idosos	86	28,7			74	29,8			12	23,1			— ^a	

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância.[†] Test *t* de Student usado na comparação dos 2 grupos.

* Teste do qui-quadrado usado para comparação das frequências dos 2 grupos.

—^a O Qui-quadrado não foi calculado pois o número de células com frequência esperada < 1 era superior a 20%.

Instrumentos

Para além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Declaração de Helsínquia (WMA, 2008), os participantes responderam a três instrumentos utilizados para avaliar as variáveis em estudo.

A caracterização sociodemográfica foi realizada através de um questionário que incluía todas as questões sobre idade (resposta aberta), género (feminino, masculino), estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado/separado e viúvo), estudos completados (não sabe ler/escrever, sabe ler/escrever sem possuir grau de ensino ou com ensino básico primário, ensino básico preparatório, ensino secundário, ensino médio, ensino superior), resposta social (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Lar de Idosos).

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) foi criado com o fundamento de colmatar algumas insuficiências do *Mini-Mental State Examination* (MMSE). A validação portuguesa é de Duro, Simões, Ponciano e Santana (2009). O MoCA foi criado para ser usado como teste de rastreio cognitivo para detectar declínio cognitivo (Duro et al., 2009). Consiste num instrumento de avaliação cognitiva versão experimental (Simões et al., 2010) constituído por 30 itens de preenchimento típico em 10 minutos. O MoCA avalia a memória de curto prazo através da memorização de cinco substantivos e da sua evocação após cinco minutos. A memória de curto prazo é avaliada em cinco dos itens do teste. A função visuoespacial/executiva também é aferida através de três itens envolvem o desenho de um relógio, para além disso ainda é realizada outra tarefa que implica a cópia do desenho de um cubo (um item). Outros aspectos avaliados incidem sobre as funções executivas, em que um dos itens do MoCA foi adaptado da parte B do teste das trilhas. Esse item descreve-se pela existência de um conjunto de círculos que contêm números, sendo solicitado ao paciente que efectue a ligação, na folha de teste, entre os números sem levantar a caneta ou o lápis, sendo anotados os erros pelo examinador que dá ao paciente a possibilidade de corrigir os erros. A fluência verbal é avaliada através de um item e a abstracção verbal através de dois. No MoCA também estão presentes vários itens que avaliam a concentração, atenção e memória. Num desses testes é solicitado ao

indivíduo que identifique determinada letra numa sequência de letras, batendo este com a mão na mesa quando identifica a letra. Existe outra tarefa que consiste na subtracção em série de vários números (três itens) e ainda é efectuada uma tarefa que consiste em repetir números de trás para a frente e de frente para trás (um item). Este instrumento também avalia a linguagem através de uma tarefa de três etapas, numa dessas etapas é efectuada a nomeação de animais de baixa familiaridade (leão, camelo, rinoceronte; três itens), noutra etapa é realizada a repetição de duas frases sintacticamente complexas (dois itens), e de seguida a tarefa já mencionada previamente de fluência verbal. Finalmente é avaliada a orientação do paciente através da localização no tempo e no local que se encontra no momento (seis itens) (Duro et al., 2009). Num grupo de idosos portugueses a média obtida com declínio cognitivo leve foi de 15,86 ($DP = 4,03$) e de 8,69 ($DP = 3,53$) num grupo de doentes com demência (Martins, 2007)⁴. Este instrumento tem uma pontuação máxima de 30 pontos, um valor acima de 26 é considerado normal (valores abaixo de 26 são indicadores de provável défice cognitivo). É de salientar que é dado um ponto extra aos sujeitos com escolaridade inferior a 12 ou menos anos se o resultado total do MoCA for inferior a 30 (Duro et al., 2009; Liu-Ambrose, Ashe, Graf, Beattie, e Khan, 2008). Este instrumento apresenta uma fidedignidade de $K = 0,92$ e uma consistência interna de $\alpha = 0,83$ (Duro et al., 2009). Em publicação mais recente, Freitas, Simões, Alves, e Santana (2010), indicam uma média de 22,71 ($DP = 3,60$) para pessoas com idades acima de 65 anos, independentemente da escolaridade. No nosso estudo, obtivemos uma consistência interna de 0,76.

O Inventário *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) (Pachana et al., 2007) é um teste de 20 itens, de resposta rápida, desenvolvido para ser utilizado na população idosa, com vista ao rastreio da intensidade dos sintomas em idosos com perturbação de ansiedade. Cada item refere-se sempre relativamente à última semana vivenciada pelo idoso(a), tendo como possíveis opções de resposta concordo (1 ponto) ou discordo (0 pontos). Tem como pontuação mínima 0 pontos e como máxima 12,12 pontos (Boddice, Pachana, & Byrne, 2008; Pachana et al., 2007), este formato é mais

⁴ Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Estudos de validação em grupos com Défice Cognitivo Ligeiro e Demência. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra. Coimbra.

fácil para um contexto de baixo nível de escolaridade, ou de declínio leve (Rozzini et al., 2009). No estudo original (Pachana et al., 2007) o GAI apresentou favoráveis propriedades psicométricas e permitiu discriminar entre controlos normais e pacientes com amostra psicogeriatrica. Mostrou boa consistência interna em idosos saudáveis (*alfa de Cronbach* = 0,91), e em amostra psicogeriatrica (*alfa de Cronbach* = 0,93), demonstrou fidelidade teste-reteste (1 semana $r = 0,91$), fidelidade interobservadores ($k = 0,99$). O ponto de corte de 10/11, para o *Transtorno de Ansiedade Generalizada* (TAG) na amostra psicogeriatrica, mostrou uma sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). O GAI demonstrou boa validade convergente com o *Goldberg Anxiety and Depression Scale* (GADS: 0,57); *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI: -0,44). O valor do ponto de corte óptimo para detectar sintomas ansiosos graves foi de 8/9 (Ribeiro, Paul, Simões, & Firmino, 2011).

O *Rey-15 Item Test* (Simões et al., 2010) é um teste que avalia a simulação por parte dos indivíduos. Segundo a DSM-IV-TR; APA (2002), a simulação é explicada com um fabrico intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por impulsos externos como fingir que se está doente e com grandes dificuldades para se ter mais atenção por parte dos outros ou compensações monetárias. Este instrumento é composto por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas cada. Ao ser aplicado este instrumento é explicado ao idoso que se vai mostrar um conjunto de itens durante 10 segundos para que possa memorizá-los e para que seguidamente possa reproduzi-los de forma directa numa folha de papel branca sendo-lhe retirada a folha de estimulação (Martin, 2002). A página da identificação contém os 15 itens da página de estimulação original, intercalados com mais 15 itens semelhantes. Seguidamente a tarefa solicitada é reconhecer dos 30 itens apresentados, os 15 itens originais (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002). A singularidade deste teste é, que é apresentado como uma tarefa de complexa realização, quando na verdade se trata de uma tarefa bastante acessível (Boone et al, 2002; Simões et al, 2010). O *Rey-15 Item Test* auxilia-se numa base estratégica para a detecção da simulação, assumindo que o simulador ingénuo vai ser enganado e exagerar a sua tarefa, elegendo uma execução

pobre para uma tarefa simples (Boone et al, 2002). Os pontos de corte representativos e indicados mais vulgarmente pela literatura dizem respeito a < 9 para ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. O resultado combinado do reconhecimento é igual ao número de itens correctamente evocados, somados com o número de itens correctamente reconhecidos (número de falsos positivos) (Simões et al, 2010). Em amostras de idosos com declínio e com baixa escolaridade, propõe-se um ponto de corte para medição da evocação, que tenha assim um valor reduzido e inferior a 6 (Simões et al.,2010).

Análise Estatística

Para a análise estatística utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 18.0 para Windows 7 Profissional Inc. 2011).

Usámos o *teste de Kolmogorov-Smirnov* e os índices de simetria e curtose para averiguar a normalidade das distribuições e, desse modo, tomarmos as devidas decisões estatísticas. Na caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvio-padrão.

Realizámos testes paramétricos, porque a nossa amostra possui uma dimensão superior a 30 indivíduos, apesar das pontuações totais não apresentarem uma distribuição normal, MoCA (Curtose = -0,33; Simetria = 0,44; KS = 0,08; $p < 0,001$) no GAI (Curtose = -1,02; Simetria = -0,51; KS = 0,13; $p < 0,001$). Através do qui-quadrado da aderência, analisámos se as proporções de idosos acima e abaixo dos valores de referência para o declínio cognitivo, e para os sintomas ansiosos eram diferentes. Utilizámos o teste *t* para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis de critério. Seguidamente procedeu-se ao cálculo da correlação de *r* de Pearson para medir a intensidade das relações entre os sintomas ansiosos e o declínio cognitivo. Procedemos, ainda, ao cálculo das correlações parciais, eliminando a influência de variáveis sociodemográficas. Considerámos a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para as correlações: *baixas* entre 0,20 e 0,39, *moderadas* entre 0,40 a 0,69 e *altas* entre 0,70 e 0,89. Para a determinação do efeito das variáveis sociodemográficas nas eventuais correlações, calculámos o valor de *q*, convertendo

os valores de r em valores z segundo a metodologia de Cohen (1988). Para podermos afirmar que os valores da nossa variável de critério foram feitas a partir de um conjunto de predição, utilizámos a análise da regressão logística univariada. Para ser possível este processo estatístico tivemos de categorizar as variáveis para o MoCA e para o GAI, que eram contínuas, em duas classes, utilizando como ponto de corte 8/9. Para o MoCA utilizámos o ponto de corte estabelecido através da mediana tendo o valor (22,00). Para executar a regressão respeitámos os pressupostos do tamanho da amostra ($N = 300 > 50 + m$, onde m = número de variáveis independentes); e ausência de valores extremos (Pallant, 2007).

Resultados

Estudo 1

Declínio Cognitivo e Sintomatologia Ansiosa

No Quadro 2 são expostas as médias e desvios padrão das medidas utilizadas na nossa amostra. No MoCA, a média foi de 11,75 ($DP = 6,17$), valor este significativamente inferior ao obtido da amostra portuguesa de idosos ($t = 30,78$; $p < 0,001$).

Assim, verificamos que no GAI os idosos da amostra apresentam uma média de 12,12 ($DP = 6,27$) o que significa que esta média tem valor superior aos expostos no estudo português, são apresentadas as médias e desvios padrão das medidas utilizadas na nossa amostra (Ribeiro et al., 2011 $t = 8,64$; $p < 0,001$).

Na prova na evocação *Rey-15*, em comparação com o ponto corte de valor 6, apurámos que a diferença não é significativa ($t = 0,45$, $p = 0,133$). No Índice combinado, a pontuação na nossa amostra não pôde ser comparada ao ponto de corte indicado pelo estudo português (Simões et al., 2010), pois seria necessário ajustarmos os pontos de corte para um valor inferior a 20, mais adequado a idosos com problemas cognitivos e com demência possível.

O MoCA tem como média no estudo de validação português, 98,3%, dos nossos idosos têm pontuação sugestiva de declínio cognitivo. No entanto, usando a

mediana como ponte de corte, apenas 50,7% dos nossos idosos têm declínio cognitivo provável.

Se compararmos as pontuações do GAI, podemos observar que uma maior percentagem de idosos tem pontuação superior ao valor de corte indicativo de sintomatologia ansiosa grave (71,0%).

Quadro 2

Pontuações no MoCA (Montreal Cognitive Assessment), no Geriatric Anxiety Inventory (GAI) e no Rey-15 (Evocação e Índice Combinado), numa amostra de idosos (N = 300).

	Total					
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>p</i>
MoCA	11,75	6,17				
< 21			152	50,7	0,053	0,817
≥ 21			148	49,3		
GAI	12,12	6,27				
< 8			87	29,0	52,92	0,000
> 9			213	71,0		
Rey-15 evocação	6,15	4,22				
Rey-15 combinado	11,19	7,86				

Criámos duas categorias de idade a partir da média, de seguida comparámos as pontuações dos idosos com estas categorias de idade. Assim, os idosos não se distinguiram na sintomatologia ansiosa entre os dois grupos; mas já tiveram uma média significativamente superior de declínio cognitivo nos idosos mais velhos (Quadro 3).

Quadro 3

Diferenças das Pontuações Médias entre as Duas Categorias de Idade no Declínio Cognitivo (MoCA) e na Sintomatologia Ansiosa (GAI) (N = 300).

	Idade				<i>t</i>	<i>p</i>
	≤ 80		≥ 81			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MoCA	12,44	6,57	11,05	5,65	1,97	0,050
GAI	12,24	6,38	12,01	6,17	0,32	0,751

Quando comparados por *sexo*, os idosos foram semelhantes no declínio cognitivo e na sintomatologia ansiosa (Quadro 4).

Quadro 4

Diferenças das Pontuações Médias entre os Dois Géneros e no Declínio Cognitivo (MoCA) e na Sintomatologia Ansiosa (GAI) (N = 300).

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Feminino		Masculino			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MoCA	11,57	5,98	12,37	6,76	0,96	0,339
GAI	12,41	6,20	11,19	6,43	1,43	0,153

Recategorizámos a variável *estado-civil* para duas categorias para obtermos grupos mais homogéneos, mas sem perder o seu significado (Quadro 5). Como podemos observar, os idosos não se distinguem, em nenhuma das medidas, consoante o seu estado-civil.

Quadro 5

Diferenças das Pontuações Médias entre Duas Categorias de Estado-civil no Declínio Cognitivo (MoCA) e na Sintomatologia Ansiosa (GAI) (N = 300).

	Estado Civil				<i>t</i>	<i>p</i>
	Sem Companheiro		Com Companheiro			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MoCA	11,49	5,95	12,84	6,95	1,50	0,134
GAI	12,27	6,18	11,52	6,65	0,82	0,410

Recategorizámos também a variável *escolaridade* para duas categorias para obtermos grupos mais homogêneos e verificámos que os idosos sem instrução têm significativamente mais declínio cognitivo e mais sintomas ansiosos do que os idosos com instrução (Quadro 6).

Quadro 6

Diferenças das Pontuações Médias entre Duas Categorias de Escolaridade no Declínio Cognitivo (MoCA) e na Sintomatologia Ansiosa (GAI) (N = 300).

	Escolaridade				<i>t</i>	<i>p</i>
	Sem Instrução		Com Instrução			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
MoCA	8,73	4,94	14,23	6,00	8,58	0,000
GAI	13,04	5,83	11,38	6,52	2,30	0,022

Estudo 2***Relação entre Declínio Cognitivo e Sintomatologia Ansiosa***

No Quadro 7 expomos as correlações de *r* de Pearson os sintomas ansiosos e declínio cognitivo. Verificou-se que existe uma correlação negativa e significativa, mas muito

baixa⁵, entre estas variáveis ou seja existe uma correlação negativa entre ambas ($p = 0,009$).

Quadro 7

Correlações de Pearson entre o declínio cognitivo (MoCA) e os sintomas ansiosos (GAI).

	GAI
MoCA	0,15**

* Diferenças significativas ao nível de 0,01.

Fomos verificar as correlações nos subgrupos definidos pelas variáveis sociodemográficas (dicotomizadas) e constatámos que a correlação entre o MoCA e o GAI só se mantém significativa entre os idosos com menos de 80 anos ($r = -0,27$; $p = 0,001$), do sexo feminino ($r = -0,15$; $p = 0,024$), sem companheiro ($r = -0,15$; $p = 0,018$). A correlação deixa de ser significativa nos grupos definidos pela escolaridade. De seguida removemos o efeito das variáveis sociodemográficas que mostraram ter influência no defeito cognitivo (idade e escolaridade). A correlação pouco se altera, sendo o efeito pequeno ($q < 10$; 7%).

Estudo 3

Factores Contributivos para o Declínio Cognitivo

O modelo da regressão logística univariada, para avaliar o impacto dos sintomas ansiosos na probabilidade dos idosos terem declínio, não se mostrou estatisticamente significativo ($\chi^2 = 2,76$; $p > 0,05$). No entanto, já se mostrou significativo no grupo de idosos mais novos ($\chi^2 = 6,83$; $p < 0,05$), explicando entre 5,0% (R^2 de Cox e Snell) e 6,0% (R^2 de Nagelkerke) da variância no declínio cognitivo e classificando correctamente 60,0% dos casos ($\beta = -1,04$; $Wald = 7,35$; $p < 0,011$).

⁵ Nas correlações *muito baixas*, o r situa-se abaixo de 0,19; nas *baixas*, o r está entre 0,20 e 0,39 enquanto nas correlações moderadas o r está entre 0,40 a 0,69. Um r entre 0,70 e 0,89 considera-se correlação *alta* (Pestana & Gageiro, 2008)

Discussão e conclusão

O primeiro objectivo do nosso trabalho era conhecer a prevalência dos sintomas ansiosos e do declínio cognitivo. Antes de discutir estes resultados, quisemos conhecer as pontuações médias determinadas pelo MoCA e pelo GAI. Em relação ao declínio cognitivo, calculado pelo MoCA, a nossa amostra alcançou uma média de $M \pm DP = 11,75 \pm 6,17$, sendo inferior à média ($M \pm DP = 14,40 \pm 6,78$) encontrada no estudo de Duro e equipa (2009) e inferior à média ($M \pm DP = 25,2 \pm 3$) encontrada no estudo de Liu-Ambrose e colaboradores (2008). Uma das explicações possíveis para este resultado são as características da nossa amostra em que os nossos idosos são mais velhos do que os do estudo de Duro e equipa (2009) ($M \pm DP = 71,78 \pm 9,11$; variação = 44 - 90 anos) e têm menor escolaridade (95% dos nossos idosos têm escolaridade inferior a quatro anos, incluindo analfabetos, contra os 55,2% do estudo referido). Os nossos idosos são também mais velhos do que as idosas da investigação de Liu-Ambrose e colaboradores (2008) que diferentemente dos nossos idosos, vivem autonomamente em casa. Curiosamente, os sujeitos do estudo acima referidos (Duro et al., 2009), têm todos algum tipo de alteração cognitiva, desde declínio a demência, o que sugere que muitos dos nossos idosos, ao terem pontuação inferior, e apesar da idade e da escolaridade diferentes, poderão ter algum tipo de problema. Assim, observou-se, em alguns estudos, que o maior nível de escolaridade pode ser considerado um factor de protecção para o declínio cognitivo, sendo que, quanto mais baixa for a escolaridade, mais probabilidade terá o idoso de apresentar declínio cognitivo (Machado et al., 2011; Rabelo, 2009). Quanto ao GAI, a pontuação média dos sintomas ansiosos ($M \pm DP = 12,12 \pm 6,27$) é inferior à do estudo de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011) ($M \pm DP = 14,08 \pm 4,0$). Uma das explicações possíveis relaciona-se com a idade dos nossos idosos que é superior à deste estudo em que a média é de 72,3 ($DP = 7,0$). Outra hipótese explicativa prende-se com o declínio cognitivo/demência provável que os nossos idosos apresentarão (ver em cima). Ora, segundo Forsell e Winblad (1997), em fases avançadas de demência, o estado avançado de doença no cérebro impede o paciente de sentir emoções complexas, tal como a ansiedade (*hipótese de extinção*). No entanto, a média das pontuações do GAI é

superior às médias encontradas nos estudos de Matheson e equipa (2010) ($M \pm DP = 5,03 \pm 6,06$) e de Diefenbach, Tolin, Meunier e Gilliam (2009) ($M \pm DP = 4,63 \pm 5,57$), mas os valores destes dois estudos referem-se a idosos que se encontram a residir na sua habitação usufruindo apenas da valência “cuidados domiciliários”, o que possibilita maior autonomia, comparada com a da nossa amostra de idosos que está na valência de “centro de dia” e de “lar”, e por conseguinte, estão mais limitados às regras enormes que a instituição impõe. Outro motivo é o facto de os nossos idosos serem maioritariamente do sexo feminino, tal como no estudo de Diefenbach e equipa (2009), que mostra que as mulheres são mais susceptíveis a apresentarem sintomas ansiosos do que os homens (Byrne, 2002). Adiante-se que o estudo de Matheson e equipa (2010) inclui sujeitos com idades entre os 37 a 85 anos e essa pode ser outra razão para que a média dos sintomas ansiosos seja mais alta. Voltando ao objectivo original, categorizámos os idosos em “com declínio cognitivo” e “sem declínio cognitivo” com base na mediana das pontuações do MoCA, e verificou-se através desta investigação que 50,7% têm declínio cognitivo, mas se compararmos as pontuações do MoCA com a média do estudo de validação (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010), esse número de idosos com pontuações indicativas de declínio cognitivo aumenta para 98,3%. A prevalência de idosos com declínio cognitivo é alta e é típica das populações idosas com baixa escolaridade (Bjelland et al., 2008; Machado et al., 2011; Rabelo, 2009) e sob resposta social (Flint, 1997; Leite, Salvador & Araújo, 2009; Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006). Quanto à escolaridade, estudos afirmam que um maior nível de escolaridade pode ser um factor de protecção para o declínio cognitivo, assim, quanto mais baixa for a escolaridade maior probabilidade terá o idoso de exibir declínio cognitivo (Bjelland et al., 2008; Machado et al., 2011; Rabelo, 2009), o que vem corroborar o resultado do nosso estudo, isto é, os idosos sem instrução revelaram mais declínio cognitivo do que os idosos com instrução. Quanto à resposta social a literatura mostra que a institucionalização está associada à incapacidade física e mental, conduzindo a uma deterioração mais acelerada (Leite, Salvador, & Araújo, 2009).

A diferente prevalência que obtivemos através do ponto de corte estabelecido através da média do estudo português (Freitas et al., 2010) parece indicar que o

MoCA é pouco sensível para uma população com estas características: baixa escolaridade, idosos com princípio de demência ou com demência, média de idade elevada. Ora, o MoCA revela-se um instrumento mais sensível aos estádios de défices mais ligeiros e mais adequado ao rastreio cognitivo da população com escolaridade mais elevada (Freitas et al., 2010; Lee et al., 2008; Luis, Keegan & Mullan, 2009; Nasreddine et al., 2005; Trenkle, Shankle, & Azen, 2007). Quanto aos sintomas ansiosos, como referimos, constatamos que a maioria dos nossos idosos (71%) sofre de sintomas ansiosos, em contraste com o estudo de Forsell e Winblad (1997) em que a prevalência varia entre 3,2% a 14,2%, no entanto num estudo mais actual verificamos também uma prevalência alta de sintomas ansiosos (55%) (Diefenbach et al., 2009). Verificando todas as prevalências descritas, concluímos que os nossos idosos têm elevada prevalência de sintomas ansiosos que, possivelmente, se deverá à nossa média de idades que é superior aos restantes estudos. A resposta social sob a qual estão os nossos idosos também contribuirá para este nível de prevalência de sintomas ansiosos, pois no estudo de Diefenbach e equipa (2009) os idosos estão somente sob valência de “cuidados domiciliários”, e no estudo de Forsell e Winblad (1997) os idosos estão somente na sua residência. Pretendíamos, com o segundo objectivo, averiguar as diferenças no declínio cognitivo e nos sintomas ansiosos entre grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas. Quanto ao declínio, constatámos que os idosos mais velhos revelam mais declínio cognitivo do que os idosos mais novos. No nosso estudo, os idosos mais velhos têm média de 11,05 ($DP = 5,65$) sugestiva de elevado declínio cognitivo. Este é o resultado esperável devido às outras características demográficas da nossa amostra e que vai ao encontro com a maioria das investigações. A investigação de Bishop e equipa (2010) e Petersen e colaboradores (2010) confirma que, com o aumento da idade, aumenta o declínio cognitivo. Verificámos, posteriormente, que os nossos idosos mais velhos têm menos escolaridade (analfabetos com média de idade = $81,37 \pm 6,65$ e escolarizados com média $79,19 \pm 6,44$; $t = 3,17$; $p = 0,02$), ora a escolaridade é um factor protector para o declínio cognitivo (Bjelland et al., 2008; Machado et al., 2011; Rabelo, 2009; Scarmeas & Stern, 2004) pelo que esta população estará mais vulnerável ao declínio. Continuando neste objectivo, verificamos que os idosos sem instrução têm

significativamente mais declínio cognitivo ($M \pm DP = 8,73 \pm 4,94$). Tal como referimos acima, em vários estudos observou-se que um maior nível de escolaridade pode ser considerado um factor de protecção para o declínio cognitivo, sendo que, quanto mais baixa for a escolaridade, maior probabilidade terá o idoso de apresentar declínio cognitivo (Bjelland et al., 2008; Machado et al., 2011; Rabelo, 2009; Scarmeas & Stern, 2004). Ainda no segundo objectivo, e quanto ao efeito das variáveis sociodemográficas nos sintomas ansiosos, os idosos sem instrução revelaram mais sintomas ansiosos ($M \pm DP = 13,04 \pm 5,83$) do que os idosos com instrução ($M \pm DP = 11,38 \pm 6,52$). Este resultado pode ser explicado pelo facto de ser mais difícil averiguar sintomas de ansiedade em pacientes que manifestam declínio cognitivo (Rozzini et al., 2009), e provavelmente, neste estudo a maioria dos idosos possui declínio cognitivo. Para além deste aspecto, acresça-se que a redução das capacidades funcionais e sensoriais acarreta, com frequência, sintomas ansiosos que se associa a sentimentos de isolamento e solidão (Alwahhabi, 2003). Outra razão a apontar é que os idosos podem ter dificuldade em comunicar e identificar os seus sentimentos (Russo, 2008; Vaz, 2009). Admitindo que a escolaridade poderá ser um factor protector do envelhecimento do cérebro, esta permitirá ao idoso com instrução uma melhor adaptação às mudanças inerentes ao envelhecimento. Desta forma depreendemos que os idosos com maior escolaridade poderão sentir menos sintomas ansiosos do que os sem instrução. Adicionalmente, os idosos sem instrução podem ter mais dificuldade em descrever os sintomas ansiosos por possuírem pobres recursos linguísticos e gramaticais devido à falta de escolaridade (Bjelland et al., 2008). Outro dos nossos objectivos era verificar a relação entre declínio cognitivo e sintomas de ansiedade e verificar se ela difere consoante os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas. Assim, os idosos que têm mais sintomas ansiosos têm maior défice ou seja menos pontuação no MoCA. Este resultado foi confirmado por outros estudos, na medida em que estes comprovam que os sintomas ansiosos estão associados ao declínio cognitivo (Airaksinen, 2006; Castaneda, 2010). A maior incidência de sintomas ansiosos em idosos com declínio cognitivo pode ser explicada pelo facto destes idosos perderem gradualmente a capacidade para realizarem actividades do dia-a-dia, levando a um comprometimento da sua vida social

(Alexopoulos et al., 2006; Machado, Ribeiro, Leal, & Cotta, 2011; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Por fim, quisemos analisar qual o impacto dos sintomas ansiosos sobre o declínio cognitivo. Verificámos que os idosos mais novos são mais vulneráveis ao declínio cognitivo quando têm sintomas ansiosos, resultados estes contraditórios com os dos estudos de Schultz, Moser, Bishop, e Ellingrod (2005) e de Sinoff & Werner (2003), que afirmam que idosos mais velhos que demonstram elevados níveis de ansiedade também demonstram elevado declínio cognitivo. Um facto que poderá ter contribuído para esta vulnerabilidade ao declínio cognitivo por parte dos idosos mais velhos é que os sintomas ansiosos têm sido pouco estudados na população idosa. E por vezes os sintomas ansiosos têm sido confundidos com outros distúrbios psicológicos (Palmer et al., 2007). A literatura revela que a relação entre ansiedade e declínio cognitivo não é actualmente clara e torna-se difícil diferenciar a ansiedade de outros sintomas (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

O nosso estudo apresentou algumas limitações, o facto de não termos conhecimento de há quanto tempo os idosos estão na instituição constitui uma dessas limitações. Essa informação iria contribuir para analisarmos de forma mais correcta os nossos resultados, pois o tempo de institucionalização mostra-se muito influente na forma como os idosos se apresentam, pois para muitos a instituição é uma limitação (intelectual, cognitiva e espacial) causadora de ansiedade e agravante do declínio cognitivo. Outra limitação é o facto de os idosos não serem muito estimulados cognitivamente, contribuindo para uma ampliação do declínio cognitivo. Para além destas limitações, o tipo de linguagem dos instrumentos de avaliação que usámos não é adequado à nossa amostra de idosos, pois muitas das questões tiveram de ser reformuladas para que os idosos as conseguissem perceber. É necessário, em estudos futuros, a adaptação da linguagem deste instrumento. Por fim, e sem menos importância, como estamos perante um estudo transversal, não conseguimos determinar, as relações de causalidade entre o declínio cognitivo e os sintomas ansiosos, constituindo mais uma limitação para esta investigação. Uma vez que vai existir prosseguimento deste projecto de investigação, este tema poderá vir novamente a ser abordado em estudos futuros e consequentemente enriquecer o nosso conhecimento acerca da temática. A forma mais apropriada de lidar com a

ansiedade em contexto de demência ainda não é clara e requer uma avaliação adequada em estudos futuros. Assim, torna-se essencial implementar programas de reabilitação, junto desta população de risco que manifesta sintomas ansiosos (homens mais novos). Seria também importante existir mais estudos com idosos, pois a população portuguesa está a envelhecer, e vamos precisar de estratégias para esta realidade. Seria também interessante começarmos a educar, a incentivar os mais novos, a fazer intercâmbio intergeracional, fazer com que as gerações futuras vejam o envelhecimento de forma mais positiva e conseguirem observar as várias capacidades que ainda um idoso tem para dar. Assim, políticas públicas e investigações sobre o envelhecimento têm de ser cada vez mais centradas no desenvolvimento de estratégias para manter a saúde cognitiva e funcional em idosos impulsionando um envelhecimento independente, autónomo e com qualidade.

Referências bibliográficas

- Airaksinen, E. (2006). *Cognitive functions in Depression and Anxiety disorders*. Karolinska Institutet.
- Alexopoulos, P., Greim, B., Nadler, K., Martens, U., Krecklow, B., Domes, G., Herpertz, S., & Kurz, A. (2006). Validation of the Addenbrooke's cognitive examination for detecting early Alzheimer's disease and mild vascular dementia in a German population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 385-391. doi:10.1159/000095642
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(4), 180-193. doi: 10.1080/10673220390235331
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Anxiety disorders and their treatment: a critical review of the evidence-based literature*. Ottawa: Health Canada.
- Bishop, N. A., Lu, T., & Yankner, B. A. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature*, 464(7288), 529-535. doi: 10.1038/nature08983
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334-1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Boddice, G., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2008). The clinical utility of the geriatric anxiety inventory in older adults with cognitive impairment. *Nursing Older People*, 20(8), 36-39.

- Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-item recognition trial: a technique to enhance sensitivity of the Rey 15-item memorization test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573. doi:10.1076/jcen.24.5.561.1004
- Brayne, C., Gao, L., Dewey, M., & Matthews, F. E. (2006). Dementia before death in ageing societies - The promise of prevention and the reality. *PLoS Medicine*, 3(10), 397. doi: 10.1371/journal.pmed.0030397
- Byrne, G. J. (2002). What happens to anxiety disorders in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 24-80.
- Castaneda, A. E. (2010). *Cognitive Functioning in Young Adults with Depression, Anxiety Disorders, or Burnout Symptoms Findings from a Population-based Sample*. Tese de Mestrado não publicada, University of Helsinki.
- Chen, J. C., Borson, S., & Scanlan, J. M. (2000). Stage-specific prevalence of behavioral symptoms in Alzheimer's disease in a multi-ethnic community sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(2), 123-133.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Devier, D. J., Pelton, G. H., Tabert, M. H., Liu, X., Cuasay, K., Eisenstadt, R., Marder, K., Stern, Y., & Devanand, D.P. (2009). The impact of anxiety on conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1335-1342. doi: 10.1002/gps.2263
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S.A., & Gilliam, C. M. (2009). Assessment of anxiety in older home care recipients. *The Gerontologist*, 49(2), 141-153. doi:10.1093/geront/gnp01
- Duro, D., Simões, M. R., Ponciano, E., & Santana, I. (2009). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *Journal of Neurology*, 257(5), 728-734. doi: 10.1007/s00415-009-5399-5
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 640-649.
- Flint, A. J. (1997). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in later life: implications for treatment. *Journal of Clinical Neuroscience*, 4(1), 31-36.
- Forsell, Y., & Winblad, B. (1997). Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 62(3), 294-295.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Gellis, Z. D., & McCracken, S. G. (2008). *Anxiety disorders among older adults: a literature review*. Acedido em 24, Junho, 2011, em <http://www.cswe.org/File.aspx?id=23504>
- Gournas, G., Madianos, M. G., & Stefanis, C. N. (1992). Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly urban population in Greece. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242(2-3), 127-134.
- Harman, D. (2003). The free radical theory of aging. *Antioxid Redox Signal*, 5(5), 557-561. doi: 10.1089/152308603770310202

- Jagger, C., & Lindesay, J. (1997). Residential care for elderly people: the prevalence of cognitive impairment and behavioural problems. *Age Ageing*, 26(6), 475-480. doi: 10.1093/ageing/26.6.475
- Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N. L., Kunik, M. E., Schulz, P. E., & Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186-192. doi: 10.1097/01.pra.0000320120.68928.e5
- Lee, J., Lee, D. W., Cho, S., Na, D. L., Jeon, H. J., Kim, S., Lee, Y. R., Youn, J., Kwon, M., Lee, J., & Cho, M. J. (2008). Brief screening for mild cognitive impairment in elderly outpatient clinic: Validation of the Korean version of the Montreal Cognitive Assessment. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(2), 104-110.
- Leite, B., Salvador, D., & Araújo, C. (2009). Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(1), 247-256.
- Liu-Ambrose, T. Y., Ashe, M. C., Graf, P., Beattie, B. L., & Khan, K. M. (2008). Increased risk of falling in older community-dwelling women with mild cognitive impairment. *Physical Therapy*, 88(12), 1482-1491. doi: 10.2522/ptj.20080117
- Luis, C. A., Keegan, A. P., & Mullan, M. (2009). Cross validation of the Montreal Cognitive Assessment in community dwelling older adults residing in the Southeastern US. *International Journal of Geriatric Psychogeriatrics*, 24, 197- 201.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 708-714.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. L., Leal, P. G., & Cotta, R. M. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com factores epidemiológicos em Viçosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 109-121.
- Martin, J. A. (2002). *Qualitative scoring of the Rey15-Item memory test in a forensic population*. Tese de Mestrado não publicada, Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Martins, M. (2007). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Estudos de validação em grupos com Défice Cognitivo Ligeiro e Demência*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra.
- Matheson, S., Byrne, G. J., Dissanayaka, N. N., Pachana, N., Mellick, G. D., O'Sullivan, J. D., Silburn, P. A., Sellbach, A., & Marsh, R. (2010). Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 30(2). doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00487.x
- Medvedev, Z. A. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 65(3), 375-398.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795. doi: 10.1037/0033-2909.131.5.785
- Montorio, I., Nuevo, R., Marquez, M., Izal, M., & Losada, A. (2003). Characterization of worry according to severity of anxiety in elderly living in the community. *Ageing & Mental Health*, 7(5), 334-341. doi: 10.1080/1360786031000150694

- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Netto, M. (1997). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual* (3ª Ed.). New York: Open University Press.
- Palmer, K., Berger, A. K., Monastero, R., Winblad, B., Backman, L., & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68(19), 1596-1602. doi: 10.1212/01.wnl.0000260968.92345.3f
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista Sociologia*, 15, 275- 287.
- Paulo, D., & Yassuda, M. (2010). The relation between memory complaints in the elderly and education, cognitive performance, and symptoms of depression and anxiety. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(1), 23-26. doi:10.1590/S0101-60832010000100005
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, R. C. (2000). Mild cognitive impairment: transition between aging and Alzheimer's disease. *Neurologia*, 15(3), 93-101.
- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Geda, Y. E., Cha, R. H., Pankratz, V. S., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Ivnik, R. J., & Rocca, W. A. (2010). Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*, 75(10), 889-897. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181f11d85
- Pombo, A., & Couvaneiro, C. (2006). Idosos: Identidade e Representações Sociais. In XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 10, 821-829.
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento cognitivo leve em Idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79.
- Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7. doi: 10.1080/13607863.2011.562177
- Richmond, R. L., Law, J., & Kay-Lambkin, F. (2011). Physical, mental, and cognitive function in a convenience sample of centenarians in Australia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1080-1086. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03404.x

- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 300-305. doi: 10.1002/gps.2106
- Russo, C. (2008). *Influência do meio ecológico e da autonomia funcional nos níveis de depressão e ansiedade face à morte, em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2004). Cognitive reserve: implications for diagnosis and prevention of Alzheimer's disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 4(5), 374-380.
- Schultz, S. K., Moser, D. J., Bishop, J.R., & Ellingrod, V.L. (2005). Phobic anxiety in late-life in relationship to cognition and 5HTTLPR polymorphism. *Psychiatric Genetics*, 15, 305-306.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071-1082. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.008
- Shankar, K., & Orrell, M. (2000). Detecting and managing depression and anxiety in people with dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 55-59.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 209-226.
- Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 401-412.
- Trenkle, D., Shankle, W., & Azen, P. (2007). Detecting cognitive impairment in primary care: Performance assessment of three screening instruments. *Journal of Alzheimer Disease*, 11, 323-335.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado - Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto.
- Wilson, R. S., McCann, J. J., Li, Y., Aggarwal, N. T., Gilley, D. W., & Evans, D. A. (2007). Nursing home placement, day care use, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 910-915. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.910
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. doi: 10.1002/da.20653
- World Medical Association (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em, 24 Junho, 2011, em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>